

6. ZAPOTRZEBOWANIE NA INSTYTUCJONALNE FORMY POMOCY OSOBOM STARSZYM W PERSPEKTYWIE DWUDZIESTU PIĘCIU LAT W ŚWIEŹLE AKTUALNYCH DETERMINANT W MIKRO- I MAKROSKALI

6.1. Wstęp

Zasoby indywidualne są podstawą kapitału, który może zostać wykorzystany przez jednostkę w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej w jej życiu. Zasoby indywidualne można podzielić na trzy główne grupy:

- 1) demograficzne – wiek, faza cyklu życia, stan zdrowia,
- 2) kulturowe – wykształcenie, umiejętności, zdolności, predyspozycje,
- 3) psychologiczne – umiejętność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, odporność na stres¹.

Zasoby te obejmują zatem samodzielność osoby starszej oraz możliwość uzyskania przez nią pomocy w przypadku utraty samodzielności. Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi istotny jest nie tylko kapitał ekonomiczny, lecz również kapitał społeczny determinujący możliwość uzyskania pomocy. Powyższe zasoby (szczególnie dwa pierwsze typy zasobów) bezpośrednio, na poziomie mikrospołecznym wpływają na decyzje o zamieszkaniu lub umieszczeniu osoby starszej w domu pomocy społecznej (dps). W Polsce z formy pomocy społecznej, jaką są domy pomocy społecznej, korzysta zaledwie 2,5% osób

¹ A. Giza-Poleszczuk, M. Marody, A. Rychard, *Strategie i systemy. Polacy w obliczu zmiany społecznej*, IFiS PAN, Warszawa 2000, s. 32.

niepełnosprawnych w wieku 75 lat i więcej. Dps jest rozważany jako alternatywa opieki w miejscu zamieszkania tylko wtedy, gdy stan zdrowia jest tak zły, że niemożliwa staje się opieka w domu lub gdy osoba starsza jest samotna i nie ma wsparcia ze strony rodziny, sąsiadów i znajomych.

Celem poniższego opracowania jest przedstawienie czynników poziomu mikro determinujących umieszczenie osoby starszej w dps. Do czynników tych zalicza się przede wszystkim stan zdrowia, status rodzinny, sieci wsparcia seniora, sytuację ekonomiczną oraz zasoby kulturowe. Stan zdrowia jest podstawowym czynnikiem wpływającym na decyzję osoby starszej o zamieszkiwaniu w domu pomocy społecznej. Natomiast rodzina to instytucja w pierwszej kolejności sprawująca opiekę nad osobą starszą, gdy stan zdrowia uniemożliwia jej samodzielną egzystencję. Domy pomocy społecznej stają się substytutem rodziny z powodu jej braku lub gdy w jej ramach niemożliwe jest zapewnienie pomocy w codziennej egzystencji osoby starszej. Sieci wsparcia koleżeńskigo i sąsiedzkiego są szczególnie ważne dla osób samotnych i bardzo często to dzięki ich funkcjonowaniu osoba starsza może nadal zamieszkiwać w swoim dotychczasowym środowisku. Kapitał kulturowy, jaki posiada dana jednostka, wpływa na możliwość otrzymania miejsca w domu pomocy społecznej. Osoby lepiej wykształcone mają większą wiedzę, gdzie uzyskać potrzebną informację, do kogo się zwrócić o pomoc. Powyższe czynniki determinują zarówno liczbę, jak i strukturę osób, które potrzebują instytucjonalnej formy wsparcia.

Aby pokazać znaczenie mikroczynników determinujących korzystanie przez osoby starsze z pomocy oferowanej przez sektor publiczny w Polsce, odwołam się głównie do danych GUS zebranych podczas Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 roku (NSP'2002) oraz innych badań. W przypadku sytuacji ekonomicznej ludności wykorzystane zostaną statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Celem drugiej części jest estymacja zapotrzebowania na pomoc instytucjonalną oferowaną w ramach pomocy społecznej. Ponieważ

wraz z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo konieczności korzystania z pomocy innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności, estymacja została przeprowadzona dla subpopulacji osób w wieku 75 lat i więcej.

6.2. Mikrodeterminanty – perspektywa teoretyczna

W rozważaniach nad procesem starzenia się przyjmuje się dwie perspektywy: mikroperspektywę oraz makroperspektywę. W poniższym punkcie zostaną przedstawione czynniki wchodzące w skład pierwszego podejścia, determinujące korzystanie z instytucjonalnej formy pomocy, jaką są domy pomocy społecznej, tzn. czynniki, które bezpośrednio wpływają na podjęcie przez jednostkę lub otoczenie decyzji o umieszczeniu osoby starszej w domu pomocy społecznej. W literaturze znajdujemy podział mikrodeterminant na dwie główne grupy²:

- 1) związane ze stratyfikacją społeczną,
- 2) związane z sytuacją zdrowotną jednostki.

Czynniki związane ze stratyfikacją społeczną, czyli lokacją jednostki na drabinie hierarchii społecznej, to przede wszystkim:

- 1) wykształcenie,
- 2) status ekonomiczny,
- 3) kapitał kulturowy.

Max Weber jako trzy główne wyznaczniki statusu jednostki wymieniał stosunek do trzech prerogatyw uznawanych za społecznie pożądane: władzy, bogactwa i prestiżu. Obecnie socjologowie coraz częściej odnoszą się do teorii stratyfikacji według wieku. Głównym założeniem teorii stratyfikacji według wieku jest postrzeganie wieku jako głównej determinanty określającej dostęp do dóbr powszechnie pożądanych. Teoria ta pokazuje zmniejszającą się możliwość dostępu do tych dóbr wraz ze starzeniem się jednostki. Oznacza to nierówną redystrybucję dóbr społecznie pożądanych. Osoby starsze tracą swoją

² B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2000, s. 68–70.

pozycję społeczną na skutek zaprzestania odgrywania ról zawodowych, zmniejszonej wielkości dochodów, zawężania się sieci kontaktów nieformalnych. Jednocześnie osoby o wyższym statusie społecznym posiadają niezbędny zasób wiedzy, aby móc skorzystać zarówno z pomocy środowiskowej, jak i instytucjonalnej. Wykształcenie ma nie tylko wpływ na umiejętność korzystania z pomocy instytucji publicznych (umiejętność pozyskania informacji, wiedza o obowiązkach podmiotów publicznych, znajomość przepisów prawnych), lecz jest również skorelowane z lepszym stanem zdrowia, a to właśnie stan zdrowia jest jednym z głównych czynników wpływających na podjęcie decyzji o zamieszkaniu w dps. Stan zdrowia determinuje nie tylko moment, lecz również typ dps, w którym jednostka zostanie umieszczona.

Wykształcenie jest również skorelowane ze statusem ekonomicznym jednostki. Osoby posiadające wyższe wykształcenie zazwyczaj zarabiają więcej niż osoby gorzej wykształcone. Wyższe dochody osiągane w ciągu życia zawodowego przekładają się na wyższe świadczenia emerytalne. Im wyższy dochód osiągany przez osobę starszą, tym większa możliwość wyboru w zakresie środowiskowej oraz instytucjonalnej pomocy, np. osoby otrzymujące we współczesnej Polsce wysokie emerytury nie muszą czekać w kolejce do państwowego domu pomocy, mogą skorzystać z oferty prywatnych domów zapewniających opiekę nad osobami starszymi. W przypadku niewystarczającej pomocy środowiskowej mogą „dokupić” usługi opiekuńcze. Czynniki ekonomiczne wpływają na rodzaj oraz formę oferty w zakresie pomocy, z której mogą korzystać osoby starsze.

Jednym z najistotniejszych czynników wpływających na opiekę nad osobami starszymi jest ich sytuacja rodzinna. Osoby samotne są częściej klientami pomocy zarówno środowiskowej, jak i instytucjonalnej, w zakresie opieki nad osobami starszymi. Dodatkowym wsparciem dla osób starszych jest sieć powiązań koleżeńskich i sąsiedzkich. Często to dzięki wsparciu znajomych i sąsiadów osoby starsze mogą nadal zamieszkiwać w swoim dotychczasowym środowisku.

Wymienione czynniki (stan zdrowia, sytuacja rodzinna, wykształcenie, dochód) wpływają nie tylko na potrzebę pomocy, lecz również na

jej formę. Determinują one zakres i rodzaj świadczonej przez państwo pomocy na rzecz osoby starszej.

W pierwszej kolejności osoba starsza stara się sama zaspokoić swoje potrzeby. Jednak wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia samozaspokojenie potrzeb staje się niemożliwe i jednostka musi się zwrócić o pomoc do innych osób. W pierwszej kolejności osoba starsza liczy na wsparcie rodziny. Oczekiwania odnośnie do udzielenia pomocy przez grupę krewniaczą wynikają z całożyciowych współzależności. Zgodnie z teorią wymiany społecznej w ciągu życia jednostek poprzez interakcje społeczne nawiązują się stosunki oparte na wymianie potrzebnych zasobów.

W niniejszym opracowaniu przedmiotem rozważań nie będzie formalna wymiana rynkowa polegająca na zakupie potrzebnych dóbr i usług (w przypadku osób starszych usług opiekuńczych), lecz nieformalna sieć wymiany w obrębie grupy krewniaczej, sąsiedzkiej, przyjacielskiej. Niemożliwość uzyskania usług opiekuńczych w ramach nieformalnych grup społecznych determinuje konieczność korzystania przez jednostkę z pomocy oferowanej przez podmioty publiczne. Opieka w ramach rodziny nad osobą starszą jest postrzegana bardzo często jako obowiązek wynikający z faktu, że rodzice lub dziadkowie poświęcali zasoby na wcześniejszych etapach swojego życia młodszemu pokoleniu. Taki obowiązek opieki jest kształtowany w jednostce w ramach procesu socjalizacji będącego podstawową funkcją rodziny. Najważniejszą regułą rządzącą wymianą jest jej wzajemność. Osoby starsze są bardziej skłonne do zwracania się o pomoc zarówno do członków rodziny, jak i sąsiadów i znajomych, gdy mają coś do zaoferowania w zamian. Składową wymiany może być na przykład czas, który osoba starsza przeznaczy na potrzeby młodszego pokolenia, w zamian za udzielenie jej pomocy.

Należy przy tym odróżnić wymianę długookresową od wymiany krótkookresowej. Przedmiotem wymiany długookresowej mogą być również przyszłe zyski, które rodzina lub znajomi otrzymają po śmierci osoby starszej w postaci spadku. Takim zasobem może być na przykład nieruchomość; osoby starsze są najczęściej posiadaczami mieszkania lub domu. Wymiana następująca w obrębie sieci rodzinnej najczęściej

nie ma charakteru formalnego i opiera się na pewnych wzorcach zinternalizowanych w procesie socjalizacji.

Podstawowa wymiana zachodzi w diadzie³. W przypadku osób starszych wymiana zachodzi pomiędzy współmałżonkami. Dopiero gdy stan zdrowia małżonków uniemożliwia wzajemną pomoc lub gdy jednostka nie ma życiowego partnera, angażowani są inni członkowie rodziny. Pomoc sąsiedzka jest często uzupełnieniem pomocy rodzinnej, zaś gdy wspomagana osoba i krewni udzielający wsparcia mieszkają daleko od siebie, jest substytutem w stosunku do pomocy udzielanej przez rodzinę. Należy podkreślić odmienną sytuację kobiet i mężczyzn, która wiąże się z tradycyjnymi rolami przypisanymi płci. Kobiety częściej wykonują obowiązki domowe i pielęgnacyjne wobec innych członków rodziny (męża, teściów, rodziców). Wdowcy częściej niż wdowy wstępują w kolejne związki małżeńskie, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo posiadania wsparcia w wypadku pogorszenia stanu zdrowia. Teoria wymiany jest wykorzystywana nie tylko do wyjaśniania wzajemnych powiązań między jednostkami w ramach diady czy rodziny, lecz również sieci społecznych, jakimi są więzi sąsiedzkie czy przyjacielskie. Wymiana różnorodnych zasobów jest uważana za podstawę funkcjonowania sieci społecznych.

Należy rozważyć również działanie teorii wymiany w momencie, gdy osoba starsza zaczyna korzystać z pomocy publicznej oferowanej przez ośrodki pomocy społecznej. Zgodnie z koncepcją *woodwork effect* raz udzielone wsparcie osobie starszej powoduje, że wzrasta postawa roszczeniowa ze strony rodziny (jeśli osoba starsza posiada rodzinę) oraz samej osoby starszej⁴. Członkowie rodziny oraz osoba starsza uczą się, jak korzystać z pomocy oferowanej przez ośrodki pomocy społecznej, poznają możliwości, jakimi dysponują władze samorządowe w zakresie opieki nad osobami starszymi. Rodzina lub osoba starsza dąży do rozszerzenia usług opiekuńczych i zwiększenia

³ M. Kempny, J. Szmatka (red.), *Współczesne teorie wymiany społecznej*, PWN, Warszawa 1992, s. 43–44.

⁴ H. Moody, *Aging. Concepts and controversies*, Pine Forge Press, London 2006, s. 329–330.

ich wymiaru czasowego, przestaje *de facto* obowiązywać zasada subsydiarności, ponieważ jednostka otrzymuje większą pomoc, niż jest jej w rzeczywistości niezbędna.

Opiekę nad osobami starszymi w ramach rodziny sprawują najczęściej osoby w wieku 45–64 lat. W literaturze anglojęzycznej dotyczące zagadnień opieki nad osobami starszymi generacja ta nazywana jest *sandwich generation*. Określenie to nawiązuje do faktu, że osoby w wieku 45–64 lat są pomiędzy dwiema generacjami – z jednej strony pomocy przy dzieciach wymagają ich dzieci, z drugiej rodzice. W takiej sytuacji niezbędne staje się wspieranie rodzinnych opiekunów, na przykład poprzez sieć domów dziennego pobytu czy placówek całodobowych, przyjmujących klienta tylko na określony czas, np. miesiąc. Domy dziennego pobytu, oferując opiekę nad osobami starszymi przez kilka godzin w ciągu dnia, pozwalają opiekunowi osoby starszej zarówno na kontynuowanie udzielania wsparcia, jak i na pomoc dzieciom w opiece nad wnukami. Natomiast druga z wymienionych form pomocy w opiece nad osobami starszymi pozwala opiekunom na przykład na wyjazd na wakacje. Takie formy pomocy w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi mogą zachęcać dzieci do sprawowania opieki nad rodzicami. Wiedząc, że w razie potrzeby mogą one liczyć na różnorodne formy pomocy, chętniej będą się opiekowały rodzicami.

Zagadnienia dotyczące zależności pomiędzy pomocą nieformalną i formalną opisuje 5 modeli⁵:

1) hierarchiczny model kompensacyjny (*hierarchical compensatory model*),

2) model substytucji (*substitutional model*),

3) model szczególności (*specificity model*),

4) model uzupełnienia (*supplementation model*),

5) model komplementarności (*complementarity model*).

Pierwszy model został opracowany przez Cantora. Jego podstawą jest założenie, że to interakcje wpływają na formę pomocy, jaką

⁵ D. Patsios, A. Davey, *Formal and informal community care for older adults*, [w:] L. Johnson (ed.), *The Cambridge handbook on age and ageing*, Cambridge University Press, Cambridge 2005, s. 597–598.

preferuje osoba starsza⁶. Seniorzy preferują małżonków jako pierwsze źródło wsparcia, w następnej kolejności dzieci, dalszych krewnych i przyjaciół. Pomoc formalna jest ostatnią formą pomocy, gdy nie może być udzielona pomoc w obrębie sieci wsparcia rodzinnego i sąsiedzkiego. Głównym założeniem tego modelu jest przejmowanie kompetencji w zakresie opieki nad seniorem, ale istotne jest, aby nie zostały pominięte poszczególne ogniwa łańcucha pomocy (jeśli oczywiście istnieją i mogą sprawować opiekę nad osobą starszą)⁷.

Model substytucji zakłada przekazywanie zadań w zakresie opieki nad osobą starszą przez rodzinę do sfery formalnej opieki. Instytucje publiczne przejmują role, które mogłyby być wypełniane przez rodzinę i sieci wsparcia społecznego⁸. Pomoc formalna jest substytucyjna w stosunku do pomocy nieformalnej. W modelu tym przestaje obowiązywać zasada subsydiarności, a instytucje formalne ingerują w sieci rodzinne i społeczne.

Wzajemne uzupełnianie się opieki oferowanej osobie starszej przez sieci wsparcia społecznego oraz pomoc formalną opisuje model szczególności. Model ten zakłada dualność opieki nad osobą starszą i wzajemną komplementarność pomocy udzielanej przez rodzinę i instytucje do tego powołane⁹. Rodzina udziela wsparcie emocjonalne oraz wsparcie niewymagające fachowej wiedzy i umiejętności, bo te zapewniają sieci wsparcia formalnego.

Podstawą modelu uzupełnienia jest założenie, że to najbliżsi są głównym źródłem pomocy osobie starszej i to oni sprawują głównie opiekę, gdy senior jej wymaga. Pomoc formalna jest „uzupełnieniem”

⁶ H.M Cantor, *Life space and the social support system of the inner city elderly of New York*, „The Gerontologist” 1975, 15, s. 23–27.

⁷ H.M Cantor, *Strain among caregivers: a study of experience in the United States*, „The Gerontologist” 1983, 23, s. 597–604.

⁸ V.L. Greene., E.M. Lovely., D.M. Miller., I.J. Ondrich, *Reducing nursing Home use through community long-term care: an optimization analysis*, „Journal of Gerontology: Social Sciences” 1995, vol. 50B, 4, s. 259–267.

⁹ S.L. Noelker, M.D. Bass, *Home care for elderly persons: linkages between formal and informal caregivers*, „Journal of Gerontology: Social Sciences” 1989, vo. 44, 2, s. 63–70.

pomocy nieformalnej wtedy, gdy rodzina przez pewien czas nie może wypełniać swoich zadań opiekuńczych (np. wyjazd na wakacje) lub gdy nie ma rodziny mogącej zapewnić opiekę¹⁰.

Ostatni model łączy elementy modelu kompensacyjnego i uzupełnienia, ponieważ zakłada, że pomoc formalna zostaje włączona w proces opieki nad osobą starszą wtedy, gdy najistotniejsze elementy nieformalnej sieci wsparcia nie wypełniają w dostatecznym stopniu swoich zadań opiekuńczych. Opieka formalna i nieformalna są komplementarne względem siebie, tzn. pomoc formalna przejmuje zadania, których nie może zaspokoić pomoc nieformalna, ponieważ osoby jej udzielające nie posiadają wystarczających do tego kompetencji.

W Polsce władze publiczne dążą do wprowadzenia hierarchicznego modelu kompensacyjnego, który wydaje się zarówno najskuteczniejszy, jak i najefektywniejszy w implementacji. To, kiedy powinna być udzielona pomoc osobie starszej i jej ewentualnym opiekunom, zależy od podstawowych cech seniora oraz sieci jego wsparcia, takich jak: wiek, stan zdrowia, istnienie i wielkość sieci krewniaczej oraz nieformalnych, nierodzinnych sieci wsparcia, dochody, zasoby kulturowe. Poniższe czynniki wpływające na konieczność otrzymania wsparcia publicznego oraz formę kierowanego do beneficjenta wsparcia zostaną przedstawione w dalszej części opracowania.

6.3. Zasoby kulturowe

Zasoby kulturowe to zarówno tzw. kapitał kulturowy, jak i umiejętności nabyte podczas procesu kształcenia się jednostki. Termin kapitał kulturowy, użyty po raz pierwszy przez Pierre'a Bourdieu, odnosi się do wiedzy i kompetencji nabywanych przez jednostkę w procesie socjalizacji. Umiejętności i wiedza zdobyta przez poszczególne członków społeczeństwa zapewnia im lepszy dostęp do dóbr społecznie pożądaných.

¹⁰ J. M. Penning, *Receipt of assistance by elderly people: hierarchical selection and task specificity*, „The Gerontologist” 1990, 30, s. 220–227.

Zasoby kulturowe ulegają kumulacji w ciągu życia jednostki. Umiejętności zdobyte na wcześniejszym etapie życia są przydatne w okresie starości. Dostęp do zasobów pomocy społecznej, takich jak pomoc środowiskowa oraz domy pomocy społecznej zależy od umiejętności dotarcia do informacji, jak i gdzie można uzyskać pomoc. Im wyższe wykształcenie i kompetencje kulturowe, tym większa również świadomość praw przysługujących osobie starszej oraz obowiązków państwa względem seniora. Zasoby kulturowe nabyte przez jednostkę ułatwiają również nawiązywanie kontaktów i znajomości, które mogą być częścią potencjalnej sieci wsparcia seniora.

Jedną z najistotniejszych cech składających się na heterogeniczność populacji osób starszych jest właśnie kapitał kulturowy. W procesie socjalizacji rodzice przekazują dzieciom nie tylko wiedzę i umiejętności, lecz również sieć swoich kontaktów. Dlatego też jednostki należące do klasy średniej, mając rozległą sieć kontaktów i znajomości, posiadają łatwiejszy dostęp do pożądanых informacji. Bourdieu twierdzi, że kapitał kulturowy, jaki posiada dana jednostka, wpływa na pozycję społeczną przez nią zajmowaną i jest jednym z głównych wyznaczników stratyfikacji społecznej. Im większy kapitał kulturowy posiada jednostka, tym łatwiej jest jej rozbudowywać sieć społecznych kontaktów. Rozbudowana sieć kontaktów społecznych sprawia, że jednostka staje się pożądaną składową kręgu znajomych innych jednostek.

Prowadzi to do swoistego sprzężenia zwrotnego. Łatwiej rozbudowywać sieć wzajemnych kontaktów, jeśli już na początku była ona dość rozbudowana i została przekazana przez rodziców.

Zasoby kulturowe są składową kapitału społecznego. Kapitał społeczny rozpatrywany jest najczęściej w dwóch ujęciach:

- 1) szerokim,
- 2) wąskim.

W pierwszym ujęciu kapitał społeczny to dostęp do źródeł informacji, wsparcia i pomocy, które mogą być uzyskane poprzez interakcje z innymi jednostkami. W przypadku osób starszych, wymagających pomocy, będą to informacje o możliwości jej uzyskania lub pomoc w uzyskaniu świadczeń przysługujących danej osobie. W szerokim ujęciu kapitał społeczny to zasięg i charakter partycypacji jednostek

w nieformalnych i formalnych strukturach społecznych. W ramach tych struktur działają sieci potencjalnego lub rzeczywistego wsparcia osoby starszej. Częstsze uczestnictwo w tych strukturach zwiększa szanse seniora na uzyskanie w razie potrzeby pomocy. Osoby charakteryzujące się lepszym wykształceniem, czyli lepszymi zasobami kulturowymi, częściej uczestniczą w życiu społecznym, np. wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku przeważają osoby z wykształceniem wyższymi i średnim, czyli grupa charakteryzująca się znacznymi zasobami kapitału kulturowego.

Kompetencje przekazywane przez rodziców dzieciom są trudne do mierzenia, natomiast podstawowa składowa zasobów kulturowych, jaką jest wykształcenie, jest cechą obiektywną i łatwo mierzalną. Korzystając z danych z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku można przeprowadzić analizę wykształcenia osób starszych (tab. 6.1).

Tab. 6.1. Osoby starsze według poziomu wykształcenia i płci w Polsce w 2002 r.
(jako % danej kategorii)

Wykształcenie	Kobiety		Mężczyźni	
	60–69	70 i więcej	60–69	70 i więcej
wyższe	7,5	2,9	11,1	9,2
policealne	2,8	1,1	11,2	0,8
zawodowe	14,9	6,9	17,6	12,9
ogólnokształcące	9,8	7,3	3,9	4,8
zasadnicze zawodowe	8,9	4,7	22,1	12,4
podstawowe ukończone	49,2	57,5	39,5	47,0
podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkol- nego	5,1	18,0	3,1	11,2

Źródło: *Rocznik Demograficzny 2003*, GUS, Warszawa 2003, s. 395.

Wykształcenie odgrywa jedną z najistotniejszych ról w zakresie umiejętności pozyskiwania informacji. Osoby z wyższym wykształceniem zazwyczaj charakteryzują się nie tylko wyższymi zarobkami, lecz również wyższą aktywnością zawodową i społeczną. Częstsze zaangażowanie

zowanie w różne formy działalności społecznej ułatwia rozwijanie sieci kontaktów społecznych oraz pozyskiwanie informacji. W przypadku osób starszych mogą to być informacje odnośnie do możliwości uzyskania usług opiekuńczych lub miejsca w domu pomocy społecznej.

W Polsce odsetek osób z wyższym wykształceniem wśród ludności w wieku 13 lat i więcej zgodnie z NSP'2002 wynosił 9,9% osób, natomiast w subpopulacji starszych mężczyzn odsetek ten wynosił odpowiednio w grupach wieku 60–69 lat – 11,1% i 70 lat i więcej – 9,2%. W porównaniu z mężczyznami starsze kobiety charakteryzują się niższym poziomem wykształcenia. Wśród kobiet w wieku 60–69 lat osoby posiadające wyższe wykształcenie stanowiły 7,5%, natomiast w grupie wieku 70 lat i więcej już tylko niespełna 3%. Kobiety natomiast częściej niż mężczyźni posiadały wykształcenie ogólnokształcące odpowiednio w grupie 60–69 lat i 70 lat i więcej 9,8% i 7,3%, a wśród mężczyzn 3,9% oraz 4,8%. Na niższy poziom wykształcenia kobiet wskazuje również odsetek osób bez wykształcenia i z nieukończonym podstawowym; 18% kobiet w wieku 70 lat i więcej nie ukończyło szkoły podstawowej, podczas gdy wśród mężczyzn w tym samym wieku odsetek ten wynosił 11,2%.

Należy zaznaczyć, że wykształcenie jest silnie skorelowane z osiąganymi dochodami oraz rodzajem wykonywanej pracy. Im wyższe wykształcenie, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że jednostka będzie wykonywała uciążliwą, nadwyrężającą stan zdrowia pracę fizyczną. A to właśnie te czynniki wpływają na utratę samodzielności w starszym wieku. Gorszy stan zdrowia wynikający między innymi z kumulowania się niekorzystnych warunków pracy przez okres jej wykonywania determinuje niemożność samodzielnej egzystencji i wpływa na konieczność korzystania przez seniora z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej.

6.4. Stan zdrowia osób starszych

Starość jest fazą życia charakteryzującą się narastaniem niekorzystnych zmian obejmujących wszystkie sfery funkcjonowania człowieka: biologiczną, psychiczną i społeczną. Ogólnie biorąc, proces

starzenia się jest równoznaczny z pogarszaniem się sytuacji życiowej jednostki. Staręga-Piasek określa to jako „zmniejszanie się w miarę starzenia szansy zaspokojenia potrzeby przystosowanej egzystencji”¹¹. Stopniowo wraz z wiekiem postępujące obniżanie się sprawności psychofizycznej prowadzi w końcu do niepełnosprawności¹². Według Ustawy o Pomocy Społecznej (art. 2), przez niepełnosprawność rozumie się „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy, powodujący trwałe lub okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie samodzielnej egzystencji”.

Starzenie się postępuje etapami, które znacznie się różnią w opinii geriatrów. Po przekroczeniu wieku 75 lat na skutek pogarszania się stanu zdrowia rośnie zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze. Natomiast osoby w wieku powyżej 85 lat wymagają najczęściej stałej opieki¹³. Procesy starzenia się ulegają przyspieszeniu, gdy towarzyszą im różnego typu schorzenia. W związku z tym można mówić o fizjologicznym i patologicznym starzeniu się. Starzenie się często prowadzi do niepełnosprawności.

Badania stanu zdrowia ludności prowadzone przez GUS za pomocą samooceny respondentów wskazują na jego poprawę na przestrzeni lat 1996–2004. Zgodnie z badaniami prowadzonymi na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski we wszystkich grupach wieku zmalał odsetek osób oceniających swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej. W roku 2004 odsetek ten wynosił 39%, podczas gdy w roku 1996 wynosił 46%. Jednak w najstarszej grupie wieku (70 lat i więcej) poprawa oceny stanu zdrowia była najniższa i wynosiła cztery punkty procentowe (spadek udziału osób oceniających swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej z 91% do 87%). Wskaźnikiem poprawy stanu zdrowia jest również wydłużanie się średniego dalszego trwania życia

¹¹ J. Staręga-Piasek, *Niematerialne potrzeby ludzi starych*, [w:] J. Piotrowski (red.), *Starzenie się, starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*, PTG, Ossolineum, Warszawa–Wrocław 1975, s. 134–135.

¹² B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość...*, s. 30–43.

¹³ B. Żakowska-Wachelko, *Zadania i perspektywy gerontologii*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, Wyd. Śląsk, Katowice 2002, s. 104–131.

osób w najstarszych grupach wieku. Od 1950 do 1990 roku średnie dalsze trwanie życia mężczyzny w wieku 75 lat wzrosło o 8,5% (z 6,92 lat w 1950 roku do 7,51 w 1990 roku), podczas gdy w ostatniej dekadzie XX wieku i w początkach XXI wzrost ten wyniósł 21% (z 7,51 lat w 1990 do 9,09 lat w 2006)¹⁴. Odpowiednio dla kobiet w tych samych latach przyrost wyniósł odpowiednio 21% (z 7,8 lat do 9,46 lat) i 19,5% (z 9,46 lat do 11,31 lat). Tak dynamiczny wzrost trwania życia jest następstwem polepszenia stanu zdrowia. Poprawa ta wynika między innymi z łatwiejszego dostępu do leków, rehabilitacji, lepszej jakości sprzętu medycznego. Wpływ na poprawę stanu zdrowia ma zarówno profilaktyka, jak i prowadzone na szeroką skalę przez agendy rządowe i organizacje pozarządowe kampanie mające na celu poprawę świadomości zdrowotnej. Kampanie te są kierowane nie tylko do osób starszych, lecz również do osób w młodszych grupach wieku. Dalsze trwanie życia osób w najstarszej grupie wieku będzie się nadal wydłużać.

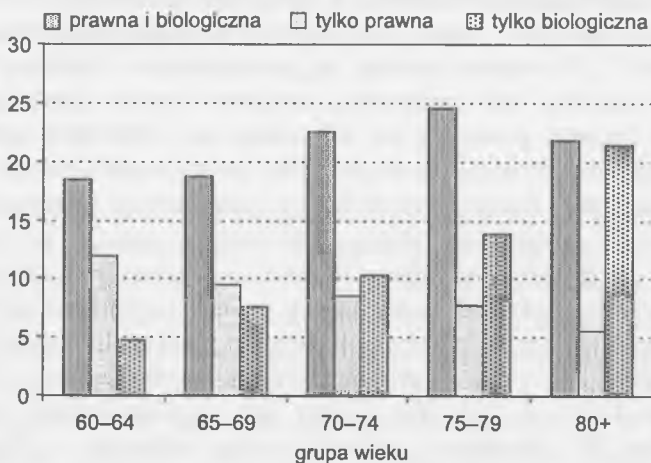
Pomimo poprawy stanu zdrowia osób powyżej 75. roku życia, zbiorowość ludzi starych na tle ogółu ludności charakteryzuje wysoki poziom niepełnosprawności. Zgodnie z NSP'2002 w Polsce było 5,5 mln osób niepełnosprawnych, a 40,3% z nich to osoby w wieku 60 lat i więcej. Udział osób niepełnosprawnych wśród seniorów rósł od 34,6% wśród seniorów w wieku 60–64 lat do 48,9% wśród najstarszych (tj. 80 lat i więcej)¹⁵.

Należy zwrócić uwagę, że wraz z wiekiem następuje naturalna utrata sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Odczuwana niepełnosprawność przez osoby w starszych grupach wieku jest związana z procesem starzenia się, a w konsekwencji z naturalną utratą zdolności do wykonywania pewnych czynności. Wraz z wiekiem wzrasta odsetek osób niepełnosprawnych (ryc. 6.1). W grupie wieku 60–64 lat co trzecia osoba odczuwała lub miała orzeczoną niepełno-

¹⁴ *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2006, s. 78–80.

¹⁵ B. Skrętowicz, R. Gorczyca, *Niepełnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP 2002*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź 2004, s. 87–97.

sprawność, podczas gdy wśród osób w wieku 80 lat i więcej już co druga osoba. W najbliższych 20 latach odsetek osób z orzeczoną niepełnosprawnością w starszych grupach wieku będzie wzrastał, ponieważ do starszych grup wieku będą przechodzić osoby w wieku przedemerytalnym, wśród których odsetek osób z orzeczoną niepełnosprawnością jest wysoki.



Ryc. 6.1. Udział osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej według rodzaju niepełnosprawności i grup wieku w Polsce w 2002 roku (jako % ogółu ludności w danym wieku)

Źródło: *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, GUS, Warszawa 2003, s. 90-91.

Największy odsetek wśród osób najstarszych, tj. 80 lat i więcej, stanowią osoby odczuwające niepełnosprawność biologiczną (21,5%). Osoby w najstarszej grupie wieku nie występują w większości do odpowiedniego organu o prawne potwierdzenie niepełnosprawności, zaś odsetek osób posiadających takie orzeczenie wynosi 5,5%. Większy odsetek osób z orzeczoną niepełnosprawnością w młodszych grupach wieku to wynik nie tylko chęci uzyskania dodatkowych świadczeń, lecz również efekt wyższej świadomości działań, które należy podjąć, aby otrzymać stosowne orzeczenie. Tak więc wraz z wiekiem rośnie

odsetek osób odczuwających niepełnosprawność, jednocześnie wzrasta odsetek osób odczuwających niepełnosprawność biologiczną, a maleje odsetek osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony do tego organ.

Wśród osób powyżej 80 lat i więcej niepełnosprawność częściej deklarują kobiety. Kobiety bowiem – żyjąc dłużej niż mężczyźni – częściej uskarżają się na zdrowie. Kobiety nawet poniżej 75 lat częściej wymagają specjalnej opieki i pomocy w wykonywaniu codziennych czynności¹⁶. To właśnie kobiety są potencjalnymi klientami domów pomocy częściej niż mężczyźni, ponieważ oprócz gorszego stanu zdrowia częściej pozostają we wdowieństwie i nie mają opiekunów mogących udzielić wsparcia w przypadku utraty samodzielności.

Biorąc pod uwagę wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych oraz rozpad gospodarstw wielopokoleniowych, zmiany w strukturze rodziny, a przede wszystkim warunki mieszkaniowe utrudniające sprawowanie opieki nad osobą starszą, problem opieki nad samotnymi kobietami będzie w najbliższym ćwierćwieczu narastał. Dłuższe trwanie życia kobiet powoduje, że prawdopodobieństwo wystąpienia niepełnosprawności wśród nich jest wyższe niż w subpopulacji starszych mężczyzn. W młodszych grupach wieku starszego to mężczyźni częściej zarówno mieli orzeczoną niepełnosprawność, jak i ją odczuwali. Po 70. roku życia to kobiety częściej odczuwały niepełnosprawność. Należy jednak wziąć pod uwagę, że subpopulacja starszych kobiet jest znacznie większa niż mężczyzn, więc liczba kobiet niepełnosprawnych będzie większa niż mężczyzn. Wśród mężczyzn w wieku 80 lat i więcej 47% miało orzeczoną niepełnosprawność bądź ją odczuwało, wśród kobiet było to 50%.

Niepełnosprawność, prowadząc do utraty samodzielności, jest jedną z głównych przyczyn korzystania przez osoby starsze z pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Ponieważ subpopulacja starszych kobiet jest liczniejsza niż mężczyzn i dodatkowo deklarują one gorszy stan zdrowia, można mówić o feminizacji subpopulacji klientów

¹⁶ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1996, 6 (16), s. 68–83.

pomocy zarówno środowiskowej, jak i instytucjonalnej. Nadreprezentacja liczebna kobiet w subpopulacji osób starszych oraz postępująca wraz z wiekiem niesamodzielność powodują, że to właśnie kobiety są głównymi odbiorcami usług opiekuńczych oraz pomocy instytucjonalnej. Dane uzyskane w badaniu „Status rodzinny a sytuacja zdrowotna i bytowa osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim” potwierdzają, że prawdopodobieństwo korzystania z pomocy oferowanej przez MOPS jest większe w przypadku kobiet.

6.5. Status rodzinny

Występujące w całym świecie procesy starzenia się społeczeństw skutkują większą liczbą osób starszych potrzebujących opieki przy równocześnie zmniejszających się możliwościach sprawowania tej opieki przez rodziny. Czynnikiem wpływającym na spadek potencjału opiekuńczego rodziny wobec osób starszych są przemiany demograficzne rodziny, modyfikujące jej wielkość i strukturę. Celem niniejszego podrozdziału jest przedstawienie zmian zachodzących w rodzinie w kontekście ich wpływu na miejsce i sytuację człowieka starego.

Kierunek przemian rodzin polskich w ostatnim stuleciu był zgodny z ogólnym kierunkiem przemian zachodzących w Europie Zachodniej, chociaż zjawiska te w Polsce zachodziły i zachodzą ze znacznym opóźnieniem i zakres ich jest znacznie mniejszy¹⁷.

Rodzina tradycyjna była to zwykle rodzina prowadząca wspólne gospodarstwo, spełniająca funkcję instytucji ekonomicznej i opiekuńczej. F. Adamski scharakteryzował ją w następujący sposób: „Cechą znaną takiej rodziny była jej opiekuńczość. Rodzina żyła i pracowała nie na rzecz swych członków, szczególnie dzieci, ale przeciwnie, wszyscy członkowie rodziny żyli i pracowali na rzecz rodziny. Grupa rodzinna gwarantowała im środki utrzymania i uwalniała od ryzyka ekonomicznego w sytuacji choroby lub niepełnosprawności. Nie

¹⁷ Z. Tysza, *Rodzina we współczesnym świecie*, Wyd. UAM, Poznań 2002, 89–108.

zachodziła przeto potrzeba tworzenia domów opiekuńczych dla dzieci, starców czy chorych członków rodziny. Wszyscy oni znajdowali pomoc wewnątrz rodziny”¹⁸. Te wszystkie cechy przyczyniały się do stabilności związku małżeńskiego i rodziny jako grupy i instytucji.

Modernizacja społeczeństwa zachodząca w epoce industrialnej prowadziła do zmiany funkcji rodziny. Rodzina przestała być trwałą, stabilną, wielodzietną i wielofunkcyjną instytucją społeczną, zmieniła się stopniowo w małą nuklearną, małodzietną, demokratyczną, niestabilną z ograniczonymi funkcjami. W społeczeństwie polskim do około połowy XX wieku dominował typ rodziny tradycyjnej. Po II wojnie światowej, w okresie socjalizmu, uprzemysłowienie, rozwój miast, umasowienie pracy kobiet, wzmożona ruchliwość przestrzenna, zmieniający się rytm życia rodzinnego, ewolucja obyczajów wpłynęły na wewnątrzrodzinne procesy, zmieniając wzorce rodziny i system wartości. Charakterystyczną cechą współczesnej polskiej rodziny jest ograniczenie jej rozmiarów, bowiem upowszechnił się typ rodziny z jednym dzieckiem lub dwójką. Obniżenie płodności i umiERALNOŚCI mają także wpływ na wielkość rodziny rozszerzonej, czyli „sieci rodzinnej” obejmującej osoby spokrewnione lub spowinowacone¹⁹. Wskutek zmniejszania się liczby żyjących krewnych stanowiących potencjalne źródło pomocy pogorszy się w przyszłości dostęp osób starszych do opieki rodzinnej²⁰. W związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększył się udział osób dorosłych mających żyjących rodziców i dziadków. Pojawiają się rodziny trzy- i czteropokoleniowe, a nawet na krótko pięciopokoleniowe, zwiększyło się prawdopodobieństwo występowania rodzin, w których żyją pradiadkowie, dziadkowie i rodzice. Struktura rodziny przekształcała się z horyzontalnej w wertykalną, a więc wielopokoleniową. Taka przemiana przyczynia się do kształtowania nowych jakościowo relacji

¹⁸ F. Adamski, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wyd. UJ, Kraków 2002, s. 140.

¹⁹ B. Balcerzak-Paradowska, *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków. Przemiany, zagrożenia, potrzeba badań*, IPiSS, Warszawa 2004, s. 11–51.

²⁰ P. Szukalski, *Ewolucja wielkości i struktury rodziny*, „Polityka Społeczna” 2000, nr 4, s. 21–27.

między starszą a młodszą generacją. Rola człowieka starego w rodzinie nie ogranicza się do relacji rodzice–dzieci, bowiem dziadkowie mają możliwość obcowania z wnukami, a także z prawnukami²¹. Charakter kontaktów między generacjami uzależniony jest np. od sytuacji życiowej osób będących dziadkami, od wspólnego lub oddzielnego miejsca zamieszkania²². Potwierdza się dominująca w świecie zasada, że najchętniej utrzymywaną formą współżycia jest „intymność na dystans”, a więc mieszkanie w tej samej miejscowości, ale nie we wspólnym mieszkaniu. Rodzina, a szczególnie wnuki, stanowią ważne oparcie emocjonalne dla starszych osób. Jednak stosunki panujące między starszą i młodszą generacją zależne są od społecznych tradycji, norm i oczekiwań odnoszących się do pozycji i ról rodzinnych. Rodziny często korzystają z pomocy babci lub dziadka przy opiece nad dziećmi. Problem pojawia się wówczas, gdy stary człowiek staje się niepełnosprawny i wymaga specjalnej opieki²³. W wyniku postępujących procesów nuklearyzacji i modernizacji rodzina w coraz mniejszym stopniu może wypełniać obowiązki wcześniej uznawane za należące do niej w naturalny sposób. Drugie przejście demograficzne obserwowane we współczesnych społeczeństwach, określanych jako postindustrialne, charakteryzuje się nie tylko dalszym spadkiem dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń, ale i znacznymi zmianami w strukturze rodziny²⁴. Małżeństwa stają się mniej trwałe, wzrasta liczba rozwodów, separacji i zwiększa się rola związków partnerskich²⁵. Oprócz rodzin tworzonych przez parę małżeńską (z dziećmi lub bez) oraz rodzin niepełnych pojawiły się rodziny tworzone przez pary kohabituujące posiadające potomstwo lub nie, rodziny zrekonstruowane,

²¹ M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 1989.

²² P. Szukalski, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź 2002, s. 234.

²³ B. Szatur-Jaworska, *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna” 1999, nr 9, s. 17–19.

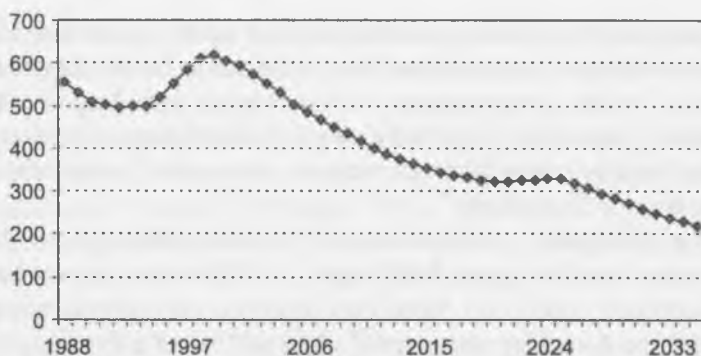
²⁴ I. Kotowska, *Zmiana modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 4, s. 2–7.

²⁵ P. Szukalski, *Przemiany rodziny – wyzwania dla polityki społecznej. Artykuł dyskusyjny*, „Polityka Społeczna” 2007, nr 8, s. 50–53.

związki typu LAT. Występowanie nieformalnych form rodziny powoduje trudności w określaniu wzajemnych praw i obowiązków jej członków²⁶. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na zmienność potencjału opiekuńczego rodziny nad seniorami są migracje ludności. Konsekwencją migracji osób młodszych jest nie tylko zmniejszenie udzielanej pomocy przez rodzinę, ale także wzrost osamotnienia ludzi starszych.

Z punktu widzenia pomocy instytucjonalnej wertykalizacja sieci rodzinnej jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na zwiększenie się liczby osób wymagających pomocy przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów osób starszych. Wertykalizacja sieci rodzinnej powoduje, że zwiększa się prawdopodobieństwo, że będą żyli członkowie kilku pokoleń. Jednocześnie zmniejsza się liczba członków należąca do tego samego pokolenia, ponieważ realizowana dzietność jest na poziomie poniżej prostej zastępowalności pokoleń. Oznacza to również, że potencjalna opiekunka osoby starszej (opiekę sprawują – przypomnijmy – najczęściej kobiety w wieku 45–64 lat) będzie jednocześnie posiadała wnuki. Pojawia się w takiej sytuacji dysonans pomiędzy chęcią udzielenia wsparcia dzieciom (opieka nad wnukami) a opieką nad starymi rodzicami. Dodatkowo potencjalna opiekunka to również osoba na przedpolu starości, której stan zdrowia może być przeszkodą w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych (najczęściej wymagających dużego wysiłku fizycznego, jak na przykład umycie osoby starszej). Współczynnik potencjału opiekuńczego na przestrzeni najbliższego ćwierćwiecza będzie malał. Nieznaczne, okresowe wzrosty są wynikiem falowania struktur demograficznych. Wartość tego współczynnika obniży się z około 600 na początku XXI wieku do 200 w 2035 roku w przeliczeniu na 100 osób (ryc. 6.2). Spadek potencjału opiekuńczego rodziny będzie jedną z przyczyn kreujących popyt na miejsca w domach pomocy społecznej oraz innych formach pomocy instytucjonalnej. Wzrastać będzie również zapotrzebowanie na usługi w miejscu zamieszkania, czyli popyt na usługi pomocy środowiskowej.

²⁶ Tenże, *Przeptywy międzypokoleniowe...*, s. 236.



Ryc. 6.2. Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego w Polsce w latach 1988–2035

Źródło: P. Szukalski, *Relacje międzypokoleniowe z demograficznego punktu widzenia w starzejącym się społeczeństwie polskim*, [w:] RRL, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007–2008*, ZWS DUS, Warszawa 2008, s. 206–223.

Transformacja modelu rodziny zachodząca obecnie w Polsce w ramach drugiego przejścia demograficznego²⁷ powoduje zmniejszanie się prawdopodobieństwa uzyskania wsparcia rodzinnego przez osobę starszą²⁸. Po pierwsze coraz częściej występująca bezdzietność sprawia, że osoby starsze nie mają potencjalnych opiekunów. W sytuacji wystąpienia rozwodu i przyznania opieki rodzicielskiej najczęściej matce, szczególnie gdy potomstwo jest małe i nie wytworzyła się silna więź emocjonalna łącząca rodzica z dzieckiem, zmniejsza się prawdopodobieństwo, że dzieci będą opiekowały się ojcem. Również osoby żyjące w związku kohabitacyjnym są bardziej narażone na samotność i brak opieki ze strony konkubenta w ostatniej fazie życia. Nawet gdy w takim związku pojawiają się dzieci, prawdopodobieństwo, że będą pomagały swoim starszym rodzicom, jest mniejsze niż w sformalizowanym związku (wynika to z częstszego rozpadu kohabitacji). Tak więc

²⁷ Drugie przejście demograficzne – wyjaśnia przemiany demograficzne zachodzące w najwyżej rozwiniętych krajach świata w zakresie dzietności oraz przemian rodziny.

²⁸ J. Holzer, *Trzy procesy demograficzne*, [w:] J. Koziński (red.), *Humanistyka przełomu wieków*, Żak, Warszawa 1999, s. 18–19.

trzy grupy są szczególnie narażone na brak opieki w okresie starości: osoby bezdzietne, rozwiedzione oraz pozostające w związkach nieformalnych. Można przypuszczać, że liczebność tych grup będzie się zwiększać, ponieważ zgodnie z teorią modernizacji, społeczeństwo polskie będzie reprodukować wzorce zachowań matrymonialnych krajów Europy Zachodniej²⁹.

Wyniki badania „To idzie starość” przeprowadzonego na zlecenie ZUS przez Instytut Spraw Publicznych w 2008 roku potwierdzają, że społeczeństwo polskie jest nadal dość tradycyjne w zakresie sprawowania opieki nad osobami starszymi³⁰. Ponad 70% osób biorących udział w badaniu stwierdziło, że osoby starsze powinny zamieszkać w dps tylko wtedy, gdy nikt z rodziny nie może się o nie zatroszczyć. W badaniu tym brały udział osoby w wieku 45–65 lat, a więc potencjalni opiekunowie osób starszych. Ponad 58% respondentów deklarowało, że opieka nad osobami starszymi należy do obowiązku dzieci. Badanie potwierdziło zależność deklarowanej chęci opieki nad osobami starszymi od miejsca zamieszkania oraz wykształcenia respondentów. Osoby z wyższym wykształceniem oraz z większych miast rzadziej wskazywały na dzieci i rodzinę jako na osoby mające obowiązek opieki nad osobami starszymi. Około 36% respondentów uważało, że domy pomocy społecznej są dobrym rozwiązaniem opieki nad osobami starszymi. W zakresie pomocy osobom starszym 17% respondentów deklarowało poparcie dla wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego, a 16% dostrzegało konieczność wprowadzenia takich uregulowań prawnych w zakresie czasu pracy, które umożliwiłyby opiekującym się osobą starszą członkom rodziny korzystanie z urlopów wzorowanych na urloпах wychowawczych. Rozbudowa systemu opieki domowej nad osobami starszymi to najlepsze rozwiązanie trudnej sytuacji osób starszych dla 15% respondentów, a 9% wskazywało w tym wypadku na rozbudowę systemu opiekuńczo-pielęgnacyjnego. Jednocześnie respon-

²⁹ Tamże, s. 21.

³⁰ E. Bojanowska, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badania*, ZUS, Warszawa 2008, s. 88–92.

denci postrzegają rodzinę (szczególnie partnerów życiowych osób starszych i dzieci) jako osoby najbardziej kompetentne w zakresie opieki nad osobą starszą.

Należy wspomnieć, że 56% respondentów zgadzało się z koncepcją wynagradzania krewnych za opiekę sprawowaną nad osobą starszą wymagającą wsparcia. Natomiast 55% twierdziło, że powinna być zapewniona pomoc publiczna w postaci usług pielęgnacyjnych, gdy opiekun osoby starszej musi wyjść do pracy lub chce wyjechać na urlop.

Badanie „To idzie starość” wskazuje, że społeczeństwo nadal uważa rodzinę za podstawową instytucję, która powinna opiekować się osobami starszymi, jednocześnie respondenci dostrzegają konieczność wspierania rodziny w wypełnianiu przez nią funkcji opiekuńczej względem swoich członków. Rodzina jest również postrzegana jako najbardziej kompetentna instytucja do opieki nad osobami starszymi, ponieważ jej członkowie najlepiej znają potrzeby osoby starszej. Jeśli rodzina nie może wypełniać swojej funkcji, respondenci wskazują na sieć wsparcia koleżeńskiego oraz dom pomocy społecznej jako na istotne ogniwa w opiece nad osobami starszymi.

Gdy rodzina nie wypełnia swoich funkcji w stosunku do osoby starszej, niezbędne jest korzystanie z pomocy społecznej. Jednak, nawet gdy osoba starsza korzysta z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej, rodzina nadal powinna być chociaż częściowo włączona w proces opieki³¹. Pomoc instytucjonalna powinna być ukierunkowana na pomaganie rodzinom w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi. Taką formą pomocy są domy dziennego pobytu, gdzie osoba starsza może przebywać w czasie, gdy młodsze pokolenie pracuje bądź uczy się. Taka forma pomocy „zmusza” członków rodziny do włączenia się do opieki nad seniorami. Instytucje pomocy w tym przypadku nie przejmują całkowicie roli rodziny, a jedynie ją wspierają. Rodzina nie jest instytucją dysfunkcyjną, lecz pełni obowiązki w stosunku do swoich starszych członków, przy wsparciu odpowiednio rozwiniętych w tym kierunku instytucji.

³¹ H. Moody, *Aging...*, s. 332.

6.6. Pozarodzinne nieinstytucjonalne sieci wsparcia

Człowiek starszy funkcjonuje w określonym środowisku, jest ogniwem grupy sąsiedzkiej lub koleżeńskej, częścią mikrostruktury społecznej. Pomiedzy częściami tej mikrostruktury zachodzą interakcje wynikające z powiązań zarówno między jednostkami, jak i grupami. Rozpatrując cykl życia jednostki, należy podkreślić, że w kolejnych fazach życia jednostka staje się częścią różnych grup społecznych. Po przejściu na emeryturę najczęściej zanikają relacje, które pojawiły się w miejscu pracy, ale pojawiają się nowe, powstające w wyniku uczestnictwa w innych grupach społecznych (np. Uniwersytet Trzeciego Wieku, wolontariat w organizacjach pozarządowych). Należy jednak zaznaczyć, że osoby starsze są najczęściej wyłączone z uczestnictwa w głównym nurcie życia społecznego i mają mniej możliwości do nawiązywania nowych kontaktów i znajomości. A to właśnie w ramach mikrostruktur społecznych możliwe jest uzyskanie wsparcia oraz pomocy. Dodatkowo brak rodziny lub niemożność zaspokojenia potrzeb osób starszych w jej ramach sprawia, że jednostka musi poszukiwać innych źródeł i form pomocy. Osoby starsze najczęściej chcą pozostawać w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania i niechętnie zmieniają swoje środowisko, ale często możliwość egzystencji w dotychczasowym miejscu jest możliwa tylko dzięki wsparciu grupy sąsiedzkiej czy koleżeńskej. Dlatego też dom pomocy społecznej jest postrzegany przez osoby starsze jako ostatnie ogniwo łańcucha pomocy, którą można uzyskać. W przypadku niezaspokojenia potrzeb przez rodzinę w pierwszej kolejności pomocy udzielają sąsiedzi i znajomi osoby starszej. Sieć wsparcia sąsiedzkiego pozwala na funkcjonowanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania osoby starszej. Często też jest komplementarna wobec usług pomocy środowiskowej, oferowanej przez lokalne ośrodki pomocy społecznej.

Opiekunki środowiskowe przychodzą tylko na kilka godzin dziennie i najczęściej nie we wszystkie dni tygodnia. Sąsiedzi są dla osób korzystających z usług opiekuńczych źródłem pomocy w czasie, gdy nie przychodzi opiekunka; doglądają osoby starszej, sprawdzają, czy nie

wymaga pomocy, i to oni najczęściej zawiadamiają pogotowie, gdy występuje nagle pogorszenie jej stanu zdrowia. Pomoc sąsiedzka i koleżeńska składa się na nieformalną sieć wsparcia (system wsparcia), który jest potencjalnym źródłem pomocy w przypadku trudnych sytuacji życiowych³². Sieci wsparcia sąsiedzkiego i rodzinnego zapewniają osobie starszej poczucie bezpieczeństwa oraz czynią jego sytuację życiową bardziej stabilną.

Sieci wsparcia można rozpatrywać w dwóch ujęciach – strukturalnym i funkcjonalnym. W pierwszym ujęciu sieć jest obiektywnie istniejącą strukturą, będącą źródłem potencjalnego wsparcia, gdy jednostka wchodząca w jej skład wymaga pomocy. Z tej perspektywy najważniejsza jest rola, jaką jednostka odgrywa w strukturze. Z punktu widzenia pomocy osobie starszej najistotniejszą kwestią jest dostępność sieci wsparcia, czyli liczba członków sieci mogących potencjalnie udzielić wsparcia oraz przestrzenna odległość między jednostkami udzielającymi wsparcia i jej odbiorcami. Dlatego też sieć wsparcia osób starszych to najczęściej grupa sąsiedzka.

W ujęciu funkcjonalnym wsparcie jest definiowane jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej”³³. W definicji tej podkreśla się konieczność istnienia trwałych kontaktów społecznych. Wsparcie w przypadku osób starszych ogranicza się do tych, z którymi dana jednostka najczęściej się spotyka. Ponieważ osoby starsze wymagające pomocy mają najczęściej problemy z poruszaniem się, krąg osób, z którymi się stykają zawęża się do najbliższych sąsiadów.

³² J. Grotowska-Leder, *Sieci społeczne seniorów mieszkających w rejonach nieurbanizowanych w perspektywie teoretycznej i empirycznej*, [w:] J. T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Łódź 2008, s. 171–173.

³³ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, PWN, Warszawa 2004, s. 14–16.

W przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej w życiu jednostki to, czy pomoc zostanie udzielona przez sieć, jest uzależnione od wcześniejszej partycypacji jednostki w danej grupie społecznej. W starszym wieku liczba kontaktów społecznych systematycznie ulega zmniejszeniu, więc i pula osób mogących udzielić potencjalnego wsparcia się zawęża³⁴. Przyszła pomoc zależy zatem od rodzaju i jakości kontaktów społecznych wypracowanych przez osobę starszą we wcześniejszych fazach życia. Jednocześnie należy podkreślić, że sieć wsparcia sąsiedzkiego należy do jednych z najtrwalszych. W Polsce mobilność przestrzenna społeczeństwa jest stosunkowo niska, a w starszych grupach wieku praktycznie zanika. Dlatego też kontakty sąsiedzkie są dość trwałe.

Praktycznie każdy członek społeczeństwa jest elementem jakiejś grupy społecznej. Różnice jednostkowe będą dotyczyły przynależności do różnej liczby tych grup oraz trwałości więzi wytwarzających się w ich ramach. Seniorzy, prowadząc mniej aktywne życie społeczne niż osoby z młodszych grup wieku, posiadają odpowiednio mniejszą liczbę kontaktów, jednak więzi wytworzone w ramach interakcji z innymi członkami społeczności są głębsze i trwalsze³⁵. Osoba starsza może być bardziej skłonna do pozostania w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania, jeśli wie, że może w razie trudnej sytuacji życiowej (śmierci partnera, problemów zdrowotnych) otrzymać pomoc od swoich sąsiadów czy przyjaciół. Zgodnie z zasadą lokalności sąsiedzi znają lepiej potrzeby osoby starszej niż pracownicy socjalni czy opiekunki środowiskowe. Dodatkowo opiekunka, jako osoba pomagająca tylko w określonym wymiarze godzin, nie będzie pierwszym źródłem pomocy w nagłej sytuacji. Dlatego też, jeśli to możliwe, sieć sąsiedzka powinna być – o ile istnieje i dobrze funkcjonuje – częścią programu pomocy osobie starszej.

³⁴ J. Grotowska-Leder, *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne (na przykładzie podopiecznych łódzkiej pomocy społecznej)*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Łódź 2006, s. 159.

³⁵ L.L. Carstensen., *Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory*, „Psychology and ageing” 1992 (7), s. 331–338.

W przypadku osób starszych należy wziąć pod uwagę podział wsparcia na: spostrzegane (*perceived social support*) oraz otrzymywane (*received social support*)³⁶. Pierwszy rodzaj wsparcia to wsparcie potencjalne. Osoba starsza wie, do kogo może się zwrócić z prośbą o pomoc, i zakłada, że dana osoba udzieli jej wsparcia. Istotne są tutaj dwa czynniki – dostępność i szybkość reakcji sieci wsparcia na potrzeby osoby starszej. Drugi rodzaj to rzeczywiste wsparcie, które otrzymuje jednostka. Należy brać pod uwagę, że wsparcie badane zarówno pod kątem subiektywnych odczuć jednostki uzyskującej pomoc i jej udzielającej, jak i pod kątem obiektywnie otrzymywanej pomocy może być różnie oceniane przez jednostki będące jej częściami. Dlatego często trudno ocenić, czy wsparcie otrzymywane przez jednostkę jest wystarczające.

Sieci wsparcia sąsiedzkiego lub koleżeńckiego są istotnym czynnikiem ułatwiającym pozostawanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania osobie starszej, gdy jest ona samotna i nie posiada bliskich krewnych współzamieszkujących z nią. Osoby samotne, funkcjonujące poza siecią rodzinną, aby nadal egzystować w swoim całonocnym środowisku, muszą otrzymywać wsparcie ze strony sąsiadów lub znajomych. Bardzo często może to być właśnie wsparcie spostrzegane. Świadomość, że można liczyć na czyjąś pomoc, może być ważnym elementem poczucia bezpieczeństwa osoby starszej i pozytywnie wpływać na psychikę danej jednostki.

W badaniach dotyczących warunków i jakości życia Polaków „Diagnoza Społeczna 2005” zapytano respondentów, z iloma osobami kontaktowali się w celach towarzyskich i osobistych regularnie (przynajmniej raz w roku). Doprecyzowano, że chodzi o znajomych z pracy lub sąsiadów, itp. (tab. 6.2). Osoby w starszym wieku miały kontakt z mniejszą liczbą osób. Ponad 61% respondentów w wieku 65 lat i więcej miało kontakt z nie więcej niż trzema osobami. Osoby te to potencjalni członkowie sieci wsparcia osoby starszej. Osoby mające kontakt z nie więcej niż trzema osobami to najczęściej mieszkańcy miast o wielkości od 20 do 200 tys. mieszkańców, częściej kobiety niż

³⁶ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne...*, s. 20.

mężczyźni oraz osoby z wykształceniem podstawowym lub niższym, gimnazjalnym oraz zasadniczym. Najczęściej osoby, z którymi kontaktowali się respondenci, mieszkały w tej samej miejscowości lub nie dalej niż 10 km od niej.

Tab. 6.2. Kontakty społeczne według grup wieku (w %) w 2005 roku

Wiek	do 3	4–5	6–9	10 i więcej
do 24 lat	29,81	16,67	5,38	48,15
25–34	44,03	19,32	5,86	30,80
35–44	46,61	19,81	5,91	27,67
45–59	52,46	18,99	5,58	22,97
60–64	55,70	21,29	4,73	18,28
65 i więcej	61,02	19,57	4,42	14,99

Źródło: *Diagnoza Społeczna 2005*.

Dane uzyskane w *Diagnozie Społecznej w 2005 roku* dotyczące uczestnictwa osób w wieku 65 lat i więcej w stowarzyszeniach, organizacjach, partiach, grupach religijnych, radach, komitetach, związkach pokazują, że tylko 11% było zaangażowanych w taką działalność. Częściej wśród osób starszych swoje zaangażowanie deklarowali mężczyźni niż kobiety. Organizacje takie to źródło kontaktów społecznych i możliwość nawiązania znajomości, które w przyszłości mogą być częścią sieci wsparcia. Również sama organizacja może udzielać wsparcia jej członkom. Z przytoczonych badań wynika, że częściej partycypację w mikrostrukturach społecznych deklarują mężczyźni, zatem sieć wsparcia, z której potencjalnie mogą korzystać, powinna być większa. Kobiety natomiast są bardziej narażone na samotność, a małe grono bliskich, z którymi utrzymują kontakty społeczne, zawęża liczbę osób mogących udzielić wsparcia.

Grupa sąsiedzka jest istotnym ogniwem w łańcuchu pomocy osobie starszej. W obrębie grup rówieśniczych, koleżeńskich lub sąsiedzkich seniorzy najczęściej szukają wsparcia, gdy nie mogą go uzyskać w obrębie rodziny lub nie posiadają rodziny.

6.7. Czynniki ekonomiczne

Czynniki ekonomiczne bezpośrednio determinują możliwości zakupu przez osobę starszą usług opiekuńczych oferowanych przez sektor komercyjny. W momencie utraty sprawności i niemożności uzyskania dostatecznego wsparcia ze strony rodziny, sąsiadów czy znajomych sektor komercyjny oferuje zarówno usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania seniora, jak i pomoc instytucjonalną. Możliwość zakupu niezbędnych usług w potrzebnym wymiarze godzin jest uzależniona od dochodów, którymi rozporządza osoba starsza. Czynniki ekonomiczne determinują nie tylko typ sektora udzielającego wsparcia, lecz również wpływają na sytuację zdrowotną. Niskie dochody nie pozwalają na zakup potrzebnych leków oraz zabiegów rehabilitacyjnych, które mogłyby przywrócić, całkowicie lub częściowo, sprawność osobie starszej. Warunki materialne, czyli posiadane zasoby pieniężne oraz majątek trwały, powodują, że konkretne potrzeby osób starszych mogą być zaspokojone lub nie. Posiadane mieszkanie może wpłynąć na możliwość egzystencji we własnym środowisku.

Osoby starsze zamieszkują głównie w starych zasobach mieszkaniowych, często nieposiadających wind oraz nieprzystosowanych do ich potrzeb (brak udogodnień w łazienkach, za wąskie drzwi uniemożliwiające poruszanie się osobie na wózku inwalidzkim). Gdy osoba starsza zostaje skierowana do domu pomocy społecznej i jej dochody nie pozwalają na pokrycie kosztów zamieszkania, niezbędna staje się pomoc finansowa rodziny, a gdy ta jest niewystarczająca (lub gdy mieszkaniowiec nie posiada rodziny), pozostałą część kosztów pokrywa gmina. Tak więc niskie dochody sprawiają, że konieczna jest partycypacja finansowa gminy (czyli państwa), gdy osoba starsza wymaga umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Aby przedstawić sytuację ekonomiczną osób starszych, wykorzystane zostaną dane zgromadzone przez ZUS, KRUS oraz GUS. Dane zgromadzone przez dwie pierwsze instytucje pozwalają spojrzeć na sytuację ekonomiczną osób starszych od strony dochodów przez nie otrzymywanych. Dane uzyskane przez GUS w trakcie Badania Budżetów Gospodarstw Domowych pokazują wydatki osób starszych.

W 2007 roku 1 548 tys. osób pobierało emeryturę z KRUS (25% wszystkich pobierających świadczenia), natomiast 4 559 tys. osób pobierało świadczenia emerytalne z ZUS³⁷. W latach 2001–2007 liczba osób pobierających świadczenia emerytalne z ZUS wzrastała. Jednak nie wszystkie osoby pobierające świadczenia emerytalne przekroczyły 60. rok życia (czyli zgodnie z przedstawioną we wcześniejszym rozdziale typologią były osobami starszymi).

Należy zaznaczyć, że wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce jest najniższy w Europie. Równocześnie współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 55–64 wynosi 28%. Tak więc kobiety przechodzące na emeryturę najczęściej nie przekroczyły w momencie wypłaty pierwszego świadczenia umownej granicy starości – 60 lat. Kobiety pobierają emeryturę średnio 19 lat, natomiast mężczyźni 17 lat. Ponieważ następuje dalsze wydłużanie się życia Polaków, a wiek przechodzenia na emeryturę nie ulega podwyższeniu, można się spodziewać, że będzie wzrastała liczba lat, przez jaką osoby starsze będą pobierały świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Krótszy staż pracy związany z wcześniejszym przechodzeniem na emeryturę, skutkuje niższym świadczeniem, jest to szczególnie widoczne w przypadku kobiet. Normalny wiek emerytalny kobiet jest o pięć lat niższy niż mężczyzn, kobiety mają średnio 56 lat w momencie wypłaty pierwszego świadczenia emerytalnego, co wpływa na wysokość świadczeń przez nie otrzymywanych. Ponieważ kobiety pozostają we wdowieństwie dłużej niż mężczyźni i dodatkowo ich świadczenia emerytalne są niższe, wpływa to negatywnie na możliwość zakupu usług opiekuńczych w ramach sektora prywatnego. W momencie korzystania ze wsparcia publicznego pomoc instytucjonalna i środowiskowa musi być w większym stopniu subsydiowana przez państwo. Mężczyźni charakteryzują się dłuższym okresem pracy i w konsekwencji wyższą średnią emeryturą (wpływ mają również wyższe zarobki mężczyzn

³⁷ Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r., ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2007.pdf>, w dn. 8.01.2009 r., Warszawa 2008.

przez okres aktywności zawodowej). Średni staż pracy mężczyzn pobierających emeryturę z ZUZ to 36,5 lat, natomiast kobiet 31,8 lat.

Wśród mężczyzn dominujący staż pracy jest o 5 lat wyższy niż u kobiet (jest to wynik głównie uregulowań prawnych). Średni wiek mężczyzn pobierających emeryturę jest wyższy niż kobiet i wynosi 70,1 lat. Średni wiek kobiet pobierających emeryturę to 66,7 lat. Tak więc, ponieważ kobiety przechodzą wcześniej na emeryturę i żyją średnio o 9 lat dłużej niż mężczyźni, to emerytura jest głównym źródłem utrzymania przez dłuższy okres ich życia³⁸.

Chociaż przeciętna miesięczna emerytura wzrastała (tab. 6.3) w latach 2002–2007 to jednak relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia maleje (tab. 6.4).

Wynika to przede wszystkim z szybko rosnących w ostatnich latach wynagrodzeń. Należy podkreślić, że obecna relacja przeciętnej emerytury do przeciętnej płacy jest wysoka, symulacje wykonywane dla świadczeń wypłacanych z nowego systemu emerytalnego wskazują, że relacja ta będzie na poziomie około 40%. Taka sytuacja może spowodować konieczność znacznego ograniczenia konsumpcji oraz zmiany stylu życia po przejściu na emeryturę. Może się również przyczynić do chęci dłuższego pozostawania na rynku pracy osób starszych, które będą chciały podwyższyć swoje przyszłe świadczenia emerytalne.

Tab. 6.3. Przeciętna miesięczna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS w latach 2002–2007 (w zł)

Rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Świadczenie emerytalne (w zł)	1128,87	1188,34	1237,38	1256,53	1310,75	1346,42

Źródło: *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r.*, ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2007.pdf>, w dn. 8.01.2009 r., Warszawa 2008.

³⁸ Tamże.

Tab. 6.4. Przeciętna miesięczna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS w relacji do przeciętnego wynagrodzenia w latach 2002–2007 (w %)

Rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007
odsetek	63,7	65,0	65,0	63,6	63,6	59,0

Źródło: *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r.*, ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: http://www.zus.pl/files/dane_2007.pdf, w dn. 8.01.2009 r., Warszawa 2008.

Przedstawione powyżej dane ilustrują wysokość dochodów osiągniętych przez emerytów. Analiza Badania Budżetów Gospodarstw Domowych pozwala na przyjrzenie się strukturze wydatków gospodarstw emeryckich. Należy podkreślić, że gospodarstwa emerytów osiągają relatywnie wyższe dochody *per capita* niż na przykład gospodarstwa rodzin wielodzietnych, ale wysokość kosztów stałych pozostaje niezmienna. Na przykład wysokość czynszu nie ulega istotnej zmianie, gdy w gospodarstwie domowym jest pięć osób, a nie jedna. Wśród gospodarstw emerytów dominują gospodarstwa jednoosobowe. Oznacza to, że wszystkie koszty stałe muszą być pokryte z dochodów jednej osoby. Dlatego też, chociaż osoby starsze są grupą społeczną zagrożoną ubóstwem w mniejszym stopniu niż inne, to jednak część potrzeb konsumpcyjnych (szczególnie w obszarze zdrowia) nie może być zaspokojona.

Wśród osób w wieku 65 lat i więcej gospodarstwa jednoosobowe stanowiły 47%. Gospodarstwa emerytów i rencistów charakteryzują się największym udziałem wydatków na żywność oraz zdrowie, czyli zabiegi rehabilitacyjne, zakup leków, usługi medyczne (tab. 6.5). Wzrost udziału wydatków na leki jest związany z pogarszającym się stanem zdrowia wynikającym z postępującego procesu starzenia.

Danych dotyczących subiektywnej oceny poziomu życia osób starszych dostarcza przywoływana już Diagnoza Społeczna. Zgodnie z danymi uzyskanymi w czasie badania w 2005 roku osoby starsze częściej niż osoby młode oceniają materialny poziom swojego życia na niezbyt dobrym poziomie. Jednak odsetek osób oceniających sytuację materialną jako tragiczną jest najniższy w grupie wieku 65 lat i więcej (tab. 6.6).

Tab. 6.5. Przeciętne miesięczne wydatki na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę (w %)

Wydatki	Pracownicy na stanowi- skach robotniczych	Pracownicy na stanowi- skach nierobotni- czych	Rol- nicy	Pracujący na własny rachunek	Eme- ryci	Ren- ciści
Żywność i napoje bealkoholowe	26,4	22,3	36,0	21,9	31,0	32,8
Zdrowie	3,3	4,3	3,7	3,6	9,1	7,9

Źródło: Budżety gospodarstw domowych w 2007 r., GUS, dane dostępne na stronie http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_budżety_gospodarstw_domowych_w_2007.pdf w dn. 26.02.2008 r., Warszawa 2008.

Tab. 6.6. Ocena materialnego poziomu życia w 2005 roku (w %)

Wiek	Wspa- niały	Dobry	Dosyć dobry	Ani dobry, ani zły	Niezbyt dobry	Zły	Tragiczny
do 24 lat	1,00	18,58	23,50	27,33	18,58	7,83	3,17
25-34	0,94	15,86	23,58	31,15	17,45	8,07	2,96
35-44	0,51	12,42	19,24	30,25	21,85	12,04	3,69
45-59	0,34	10,71	18,60	30,75	22,40	12,95	4,26
60-64	0,00	10,44	19,42	33,82	20,46	12,53	3,34
65 i więcej	0,29	10,61	16,42	38,37	23,18	9,81	1,31

Źródło: Diagnostyka społeczna 2005.

Należy podkreślić, że chociaż osoby starsze dysponują praktycznie tylko jednym źródłem dochodu i charakteryzują się zwiększoną konsumpcją w zakresie usług zdrowotnych, to jednak nie są w grupie społecznej potencjalnie najbardziej narażonej na ubóstwo. Również same osoby starsze poproszone o ocenę swojej sytuacji materialnej nie oceniają jej w najniższych kategoriach. Jednak struktura dochodów osób starszych zazwyczaj nie pozwala na wykupienie dodatkowych

usług pielęgnacyjnych, gdy zachodzi taka potrzeba. W przypadku opłat za pobyt w domu pomocy społecznej odsetek opłacających tę usługę samodzielnie jest niższy niż 1% w skali kraju.

6.8. Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej

Pośród wymienionych czynników bezpośrednią determinantą konieczności korzystania ze wsparcia instytucjonalnego jest niepełnosprawność powiązana z niesamodzielnością, będącą wynikiem złego stanu zdrowia. Podstawą do oszacowania zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej jest estymacja wielkości populacji osób niepełnosprawnych w latach 2010–2035. Odsetek osób niepełnosprawnych został przyjęty na podstawie wyników NSP' 2002 (tab 6.7) z uwzględnieniem zróżnicowania regionalnego.

Tab. 6.7. Udział osób niepełnosprawnych w subpopulacji seniorów w wieku 75 lat i więcej w 2002 roku (jako % ogółu osób w wieku 75 lat i więcej)

Województwo	Odsetek	Województwo	Odsetek
Dolnośląskie	52	Podkarpackie	47
Kujawsko-pomorskie	47	Podlaskie	47
Lubelskie	57	Pomorskie	49
Lubuskie	57	Śląskie	38
Łódzkie	41	Świętokrzyskie	45
Małopolskie	67	Warmińsko-mazurskie	53
Mazowieckie	39	Wielkopolskie	45
Opolskie	39	Zachodniopomorskie	50

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Rocznik Demograficzny 2003*, GUS, Warszawa 2003, s. 446–451.

Dane dotyczące liczby ludności w wieku 75 lat i więcej pochodzą z prognozy ludności Polski na lata 2008–2035 wykonanej przez GUS. Prognoza liczby niepełnosprawnych została sporządzona

w czterech wariantach. Wariant podstawowy tej prognozy zakłada brak zmian w częstości występowania niepełnosprawności, a w kolejnych wariantach założono obniżenie odsetka osób niepełnosprawnych średnio rocznie o 2%, 1% i 0,5% (tab. 6.8–6.11)³⁹. Przyjęto założenie odnośnie do występowania stałych trendów w zakresie poziomu niepełnosprawności.

Zgodnie z wariantem zakładającym brak zmian w częstości występowania niepełnosprawności w subpopulacji osób w wieku 75 lat i więcej największy wzrost liczby osób niepełnosprawnych w 2035 roku w porównaniu z 2007 zostanie zanotowany w województwach: pomorskim (wzrost o 121%), warmińsko-mazurskim (118%), wielkopolskim (115%) i zachodniopomorskim (122%). Najdynamiczniejszy wzrost liczby niepełnosprawnych seniorów nastąpi pomiędzy rokiem 2020 a 2030, kiedy to wiek 75 lat osiągną roczniki powojennego wyżu demograficznego.

Jeśli z kolei założymy spadek częstości występowania niepełnosprawności o 2% rocznie, to trzy województwa odnotują niższą liczbę niepełnosprawnych w wieku 75 lat i więcej w 2035 w porównaniu z 2007 rokiem. W województwie łódzkim i lubelskim subpopulacja ta zmniejszy się o 5%, a w świętokrzyskim o niecałe 2%. W pozostałych województwach nawet przy założeniu spadku częstości występowania niepełnosprawności odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 75 lat i więcej będzie wyższy w ostatnim roku prognozy w porównaniu z 2007 rokiem.

Warianty przyjmujące spadek częstości występowania niepełnosprawności o 0,5% i 1% rocznie wskazują na zwiększanie się populacji osób niepełnosprawnych w ostatnim roku prognozy w porównaniu z rokiem bazowym. Według wariantu 0,5% i 1% największy wzrost w 2035 odnotowany zostanie w województwie zachodniopomorskim (wzrost o odpowiednio 92% i 67%). Jednak już obniżenie niepełnosprawności o 0,5% rocznie znacznie zmniejsza dynamikę wzrostu populacji osób niepełnosprawnych w porównaniu z brakiem spadku niepełnosprawności.

³⁹ Prawdopodobieństwo wystąpienia spadku niepełnosprawności o 2% rocznie jest bardzo mało realne. Dlatego też wariant ten należy traktować jako projekcję studyjną.

Tab. 6.8. Osoby niepełnosprawne w wieku 75 lat i więcej w latach 2007–2035, wariant podstawowy

Województwo	Rok						
	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Dolnośląskie	92964	98545	101922	96578	123641	158580	181001
Kujawsko-pomorskie	53390	57151	60753	60567	77670	96831	111651
Lubelskie	83692	86631	87892	86014	100627	122580	139503
Lubuskie	30079	32178	33841	33054	44657	58789	69386
Łódzkie	73994	76106	75787	73067	90566	110485	123331
Małopolskie	132187	142375	153484	153336	179706	218792	253313
Mazowieckie	139377	147039	153086	150376	180590	225821	258854
Opolskie	23102	25619	29111	28083	32604	39446	45448
Podkarpackie	57562	62032	66422	65014	76508	94154	110223
Podlaskie	38997	41015	42543	41461	46379	55546	65803
Pomorskie	56408	61876	68184	68898	88557	112264	129360
Śląskie	98391	106637	120660	125093	147933	180282	204865
Świętokrzyskie	40146	42024	43397	41380	49484	60881	69424
Warmińsko-mazurskie	38889	42225	45378	44339	55420	71213	84901
Wielkopolskie	81117	85775	90867	89545	120022	150863	174549
Zachodniopomorskie	45639	49455	52167	50935	67294	87339	101304

Źródło: obliczenia własne.

Tab. 6.9. Osoby niepełnosprawne w wieku 75 lat i więcej w latach 2007–2035, wariant 2%

Województwo	Rok						
	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Dolnośląskie	84032	83839	78380	67134	77690	90070	92927
Kujawsko-pomorskie	48260	48622	46721	42102	48804	54998	57322
Lubelskie	75651	73703	67591	59791	63228	69623	71622
Lubuskie	27189	27376	26025	22977	28060	33391	35623
Łódzkie	66885	64748	58282	50791	56907	62753	63319
Małopolskie	119487	121127	118033	106589	112918	124269	130052
Mazowieckie	125986	125095	117726	104531	113473	128261	132897
Opolskie	20882	21796	22387	19522	20487	22404	23333
Podkarpackie	52032	52775	51080	45193	48073	53477	56589
Podlaskie	35250	34894	32717	28821	29142	31549	33783
Pomorskie	50989	52642	52435	47893	55645	63763	66414
Śląskie	88938	90723	92790	86956	92953	102396	105179
Świętokrzyskie	36289	35752	33373	28765	31093	34579	35643
Warmińsko-mazurskie	35153	35923	34896	30822	34823	40447	43588
Wielkopolskie	73324	72974	69878	62246	75416	85687	89614
Zachodniopomorskie	41254	42074	40117	35407	42284	49606	52010

Źródło: obliczenia własne.

Tab. 6.10. Osoby niepełnosprawne w wieku 75 lat i więcej w latach 2007–2035, wariant 1%

Województwo	Rok						
	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Dolnośląskie	88407	90932	89438	80595	98124	119684	129910
Kujawsko-pomorskie	50773	52735	53312	50544	61640	73080	80135
Lubelskie	79590	79939	77127	71780	79859	92514	100126
Lubuskie	28605	29692	29697	27584	35441	44369	49800
Łódzkie	70367	70226	66505	60975	71874	83385	88519
Małopolskie	125709	131376	134686	127961	142617	165126	181810
Mazowieckie	132547	135679	134336	125491	143319	170431	185788
Opolskie	21969	23640	25545	23436	25875	29771	32619
Podkarpackie	54741	57240	58287	54255	60717	71060	79111
Podlaskie	37086	37847	37333	34599	36807	41921	47229
Pomorskie	53644	57096	59833	57496	70280	84728	92845
Śląskie	93569	98399	105882	104392	117402	136062	147038
Świętokrzyskie	38178	38777	38081	34532	39271	45948	49828
Warmińsko-mazurskie	36983	38962	39820	37002	43982	53746	60936
Wielkopolskie	77142	79148	79737	74727	95251	113859	125279
Zachodniopomorskie	44270	46547	46693	43356	54474	67235	74163

Źródło: obliczenia własne.

Tab. 6.11. Osoby niepełnosprawne w wieku 75 lat i więcej w latach 2007–2035, wariant 0,5%

Województwo	Rok						
	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Dolnośląskie	90663	94672	95492	88245	110178	137815	153406
Kujawsko-pomorskie	52069	54904	56921	55342	69213	84151	94629
Lubelskie	81620	83226	82348	78593	89669	106529	118235
Lubuskie	29335	30913	31707	30203	39794	51090	58807
Łódzkie	72162	73114	71006	66763	80704	96017	104529
Małopolskie	128915	136779	143802	140107	160138	190142	214694
Mazowieckie	135928	141259	143428	137402	160925	196250	219390
Opolskie	22530	24612	27274	25660	29054	34281	38519
Podkarpackie	56138	59594	62232	59405	68177	81825	93419
Podlaskie	38032	39403	39860	37884	41329	48272	55771
Pomorskie	55012	59444	63883	62954	78914	97564	109638
Śląskie	95956	102446	113048	114301	131824	156675	173632
Świętokrzyskie	39152	40372	40659	37810	44095	52909	58840
Warmińsko-mazurskie	37927	40565	42515	40514	49385	61888	71957
Wielkopolskie	79110	82403	85134	81820	106953	131108	147938
Zachodniopomorskie	45399	48461	49853	47471	61166	77420	87577

Źródło: obliczenia własne.

Powyższa projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów w wieku 75 lat i więcej jest podstawą dla oszacowania zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej. Przy szacowaniu wielkości populacji mieszkańców dps założono brak zmian odnośnie do odsetka osób zamieszkujących w dps (odsetek ten przyjęto na poziomie z roku 2007 – tab. 6.12).

Tab. 6.12. Udział mieszkańców domu pomocy społecznej w subpopulacji osób niepełnosprawnych w wieku 75 lat i więcej według województw w 2007 roku (w %)

Województwo	Odsetek	Województwo	Odsetek
Polska	2,5	Podkarpackie	2,4
Dolnośląskie	2,0	Podlaskie	2,2
Kujawsko-pomorskie	2,2	Pomorskie	1,8
Lubelskie	1,6	Śląskie	3,0
Lubuskie	2,7	Świętokrzyskie	2,7
Łódzkie	3,0	Warmińsko-mazurskie	2,5
Małopolskie	2,1	Wielkopolskie	2,5
Mazowieckie	2,9	Zachodniopomorskie	2,6
Opolskie	3,7		

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 roku*, GUS, Warszawa 2008, s. 157.

Przyjęto udział osób zamieszkujących dps w populacji osób niepełnosprawnych powyżej 75 lat na stałym poziomie dla całego okresu prognozy. Nie zostały również uwzględnione zmiany w strukturze wieku osób powyżej 75. roku życia. Powyższe założenia powodują, że przedstawione szacunki mogą być zaniżone w stosunku do rzeczywistej sytuacji.

Tab. 6.13. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej w wieku 75 lat i więcej w latach 2007–2035 według wariantu podstawowego

Województwo	Rok									
	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035			
Dolnośląskie	1843	1954	2021	1915	2451	3144	3588			
Kujawsko-pomorskie	1161	1243	1321	1317	1689	2106	2428			
Lubelskie	1342	1389	1409	1379	1614	1966	2237			
Lubuskie	826	884	929	908	1226	1614	1905			
Łódzkie	2196	2259	2249	2168	2688	3279	3660			
Małopolskie	2727	2937	3166	3163	3707	4514	5226			
Mazowieckie	4110	4336	4514	4434	5325	6659	7633			
Opolskie	854	947	1076	1038	1205	1458	1680			
Podkarpackie	1403	1512	1619	1585	1865	2295	2687			
Podlaskie	850	894	927	904	1011	1211	1434			
Pomorskie	993	1089	1200	1213	1559	1976	2277			
Śląskie	2942	3189	3608	3740	4423	5391	6126			
Świętokrzyskie	1077	1127	1164	1110	1328	1633	1862			
Warmińsko-mazurskie	982	1066	1146	1120	1399	1798	2144			
Wielkopolskie	2060	2178	2308	2274	3048	3831	4433			
Zachodniopomorskie	1197	1297	1368	1336	1765	2291	2657			

Źródło: obliczenia własne.

Tab. 6.14. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej w wieku 75 lat i więcej w latach 2007–2035 według wariantu 2%

Województwo	Rok						
	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Dolnośląskie	1666	1662	1554	1331	1540	1786	1842
Kujawsko-pomorskie	1049	1057	1016	916	1061	1196	1247
Lubelskie	1213	1182	1084	959	1014	1116	1148
Lubuskie	747	752	715	631	771	917	978
Łódzkie	1985	1922	1730	1507	1689	1862	1879
Małopolskie	2465	2499	2435	2199	2329	2564	2683
Mazowieckie	3715	3689	3472	3082	3346	3782	3919
Opolskie	772	806	828	722	757	828	863
Podkarpackie	1268	1286	1245	1102	1172	1303	1379
Podlaskie	768	761	713	628	635	688	736
Pomorskie	898	927	923	843	980	1122	1169
Śląskie	2659	2713	2775	2600	2779	3062	3145
Świętokrzyskie	974	959	895	772	834	928	956
Warmińsko-mazurskie	888	907	881	778	879	1021	1101
Wielkopolskie	1862	1853	1775	1581	1915	2176	2276
Zachodniopomorskie	1082	1104	1052	929	1109	1301	1364

Źródło: obliczenia własne.

Tab. 6.15. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej w wieku 75 lat i więcej w latach 2007–2035 według wariantu 1%

Województwo	Rok						
	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Dolnośląskie	1753	1803	1773	1598	1945	2373	2575
Kujawsko-pomorskie	1104	1147	1159	1099	1340	1589	1743
Lubelskie	1276	1282	1237	1151	1281	1483	1606
Lubuskie	786	815	815	757	973	1218	1368
Łódzkie	2088	2084	1974	1810	2133	2475	2627
Małopolskie	2593	2710	2779	2640	2942	3407	3751
Mazowieckie	3909	4001	3961	3701	4226	5026	5479
Opolskie	812	874	944	866	957	1101	1206
Podkarpackie	1334	1395	1421	1322	1480	1732	1928
Podlaskie	808	825	814	754	802	914	1029
Pomorskie	944	1005	1053	1012	1237	1492	1634
Śląskie	2798	2942	3166	3121	3510	4068	4397
Świętokrzyskie	1024	1040	1022	926	1054	1233	1337
Warmińsko-mazurskie	934	984	1005	934	1111	1357	1539
Wielkopolskie	1959	2010	2025	1898	2419	2891	3181
Zachodniopomorskie	1138	1197	1201	1115	1401	1729	1907

Źródło: obliczenia własne.

Tab. 6.16. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej w wieku 75 lat i więcej w latach 2007–2035 według wariantu 0,5%

Województwo	Rok						
	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Dolnośląskie	1797	1877	1893	1749	2184	2732	3041
Kujawsko-pomorskie	1132	1194	1238	1203	1505	1830	2058
Lubelskie	1309	1335	1320	1260	1438	1708	1896
Lubuskie	806	849	871	829	1093	1403	1615
Łódzkie	2142	2170	2107	1981	2395	2850	3102
Małopolskie	2660	2822	2967	2890	3304	3923	4429
Mazowieckie	4008	4165	4229	4052	4745	5787	6469
Opolskie	833	910	1008	949	1074	1267	1424
Podkarpackie	1368	1453	1517	1448	1662	1994	2277
Podlaskie	829	859	869	826	901	1052	1216
Pomorskie	968	1046	1125	1108	1389	1717	1930
Śląskie	2869	3063	3380	3418	3942	4685	5192
Świętokrzyskie	1050	1083	1091	1014	1183	1419	1579
Warmińsko-mazurskie	958	1024	1074	1023	1247	1563	1817
Wielkopolskie	2009	2093	2162	2078	2716	3330	3757
Zachodniopomorskie	1167	1246	1282	1221	1573	1991	2252

Źródło: obliczenia własne.

Przedstawione dane (tab. 6.13–6.16) obrazują skalę zapotrzebowania na miejsca w dps dla osób w wieku 75 lat i więcej. Pomiedzy poszczególnymi województwami istnieją istotne różnice w liczbie osób zamieszkujących dps. Najmniejszy udział mieszkańców dps wśród osób niepełnosprawnych jest w województwach: lubelskim, podlaskim i pomorskim. Różnica ta może wynikać nie tylko z różnego poziomu zaawansowania procesu starzenia się, lecz również z małej podaży miejsc w dps. W tych trzech województwach stosunkowo niewielki udział mieszkańców dps w subpopulacji osób w wieku 75 lat i więcej może być następstwem zbyt małej liczby takich domów, a osobom potrzebującym stałej opieki instytucjonalnej mogą być oferowane miejsca w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) lub pomoc środowiskowa, która jednak często nie jest wystarczająca. Największe zapotrzebowanie na miejsca w dps w roku 2035 zgodnie z wariantem podstawowym prognozy będzie w województwach o wysokim odsetku ludności miejskiej: mazowieckim (7 633), śląskim (6 126), małopolskim (5 226), wielkopolskim (4 433) i łódzkim (3 660).

Przy założeniu corocznego dwuprocentowego spadku niepełnosprawności w skali ogólnokrajowej zapotrzebowanie na miejsca w dps w roku 2035 w porównaniu z 2007 zmalałoby tylko w czterech województwach: lubelskim, łódzkim, podlaskim (spadek o 5%) oraz świętokrzyskim (spadek o 2%). W pozostałych województwach pomimo spadku częstości występowania niepełnosprawności nastąpiłby wzrost zapotrzebowania na miejsca w dps. Największy wzrost nastąpi w województwie pomorskim – o 30%.

Zróznicowanie pomiędzy województwami wynika nie tylko z różnej wielkości populacji, różnego stopnia zaawansowania procesu starzenia się, różnej liczby dps i miejsc w tych domach, lecz również z różnego poziomu społecznej akceptacji odnośnie do umieszczenia osoby starszej w domu pomocy społecznej. W województwach z niższym poziomem urbanizacji (lubelskie, podlaskie) społeczność lokalna często nie akceptuje umieszczenia osoby starszej w dps. Jednocześnie liczniejsze rodziny wiejskie mają większy potencjał pielęgnacyjny niż zatomizowane społeczności miejskie. Można przypuszczać, że różnice te będą się zacierały wraz z adaptowaniem przez społeczności wiejskie wielkomiejskich wzorców rodzinnych.

Podsumowanie

Porównując wyniki estymacji zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej wykonane na bazie prognozy z roku 2003 [pierwsze z rozpatrywanych oszacowań zostało opublikowane w pracy Szweda-Lewandowska, 2008] i 2008, zauważamy, że największa różnica w popycie na miejsca w dps dla roku 2030 wystąpiła dla województwa mazowieckiego i podlaskiego. Zgodnie z wariantem podstawowym w roku 2030 liczba potencjalnych mieszkańców dps w województwie mazowieckim wynosiła 5566 osób (podstawą była prognoza GUS z 2003 roku) i 6659 (podstawą była prognoza GUS z 2008 roku), w województwie podlaskim odpowiednio 908 i 1211. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim szacunki bazujące na prognozie z 2008 roku są o 13% niższe niż wcześniejsze oparte na prognozie z 2003 roku. Przy czym w województwie tym udział osób powyżej 75. roku życia, zamieszkujących w dps, w populacji niepełnosprawnych seniorów był niższy w 2007 roku niż w 2005 roku. Tak więc różnice w wynikach poszczególnych szacunków są konsekwencją nie tylko zmian dokonanych w nowej prognozie wykonanej przez GUS, lecz również zmian w odsetku osób umieszczonych w dps. Odsetek ten zmniejszył się w czterech województwach: kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim i zachodniopomorskim w roku 2007 w porównaniu z rokiem 2003. W pozostałych województwach odnotowano wzrost odsetka niepełnosprawnych seniorów zamieszkujących w domach pomocy społecznej.

Literatura

- Adamski A., 2002, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wyd. UJ, Kraków
- Balcerzak-Paradowska B., 2004, *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków. Przemiany, zagrożenia, potrzeba badań*, IPiSS, Warszawa
- Bojanowska E., 2008, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badania*, ZUS, Warszawa

- Budżety gospodarstw domowych w 2007 r., 2008, GUS, dane dostępne na stronie http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_budżety_gospodarstw_domowych_w_2007.pdf w dn. 26.02.2008 r., Warszawa
- Cantor H.M., 1975, *Life space and the social support system of the inner city elderly of New York*, „The Gerontologist” 15
- Cantor H.M., 1983, *Strain among caregivers: a study of experience in the United States*, „The Gerontologist”, 23
- Carstensen L.L., 1992, *Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory*, „Psychology and ageing” (7)
- Diagnoza Społeczna 2005, Warszawa 2005
- Giza-Poleszczuk A., Marody M., Rychard A., 2000, *Strategie i systemy. Polacy w obliczu zmiany społecznej*, IFiS PAN, Warszawa
- Greene V.L., Lovely E.M., Miller D.M., Ondrich I.J., 1995, *Reducing nursing Home use through community long-term care: an optimization analysis*, „Journal of Gerontology: Social Sciences”, vol. 50B, 4
- Grotowska-Leder J., 2006, *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne (na przykładzie podopiecznych łódzkiej pomocy społecznej)*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Łódź
- Grotowska-Leder J., 2008, *Sieci społeczne seniorów mieszkających w rejonach nieurbanizowanych w perspektywie teoretycznej i empirycznej*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Łódź
- Holzer J., 1999, *Trzy procesy demograficzne*, [w:] J. Koziński (red.), *Humanistyka przełomu wieków*, Żak, Warszawa
- Kempny M., Szmatała J. (red.), 1992, *Współczesne teorie wymiany społecznej*, PWN, Warszawa
- Kotowska I., 2002, *Zmiana modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna” nr 4, s. 2–7
- Moody H., 2006, *Aging. Concepts and controversies*, Pine Forge Press, London
- Noelker S.L., Bass M.D., 1989, *Home care for elderly persons: linkages between formal and informal caregivers*, „Journal of Gerontology: Social Sciences” vol. 44, 2
- Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, 2003, GUS, Warszawa
- Patsios D., Davey A., 2005, *Formal and informal community care for older adults*, [w:] L. Johnson (ed.), *The Cambridge handbook on age and ageing*, Cambridge University Press, Cambridge
- Penning J.M., 1990, *Receipt of assistance by elderly people: hierarchical selection and task specificity*, „The Gerontologist” 30
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 roku*, 2008, GUS, Warszawa
- Rocznik Demograficzny 2003*, 2003, GUS, Warszawa

- Sęk H., Cieślak R., 2004, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R. Cieślak (red.), PWN, Warszawa
- Skrętowicz B., Gorczyca R., 2004, *Niepelnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP 2002*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź
- Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku*, 2006, GUS, Warszawa
- Starega-Piasek J., 1975, *Niematerialne potrzeby ludzi starych*, [w:] J. Piotrowski (red.), *Starzenie się, starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*, PTG, Ossolineum, Warszawa–Wrocław
- Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa
- Szatur-Jaworska B., 2000, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-IR, Warszawa
- Szatur-Jaworska B., 1999, *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 9
- Szukalski P., 2000, *Ewolucja wielkości i struktury rodziny*, „Polityka Społeczna”, nr 4
- Szukalski P., 2007, *Przemiany rodziny – wyzwania dla polityki społecznej. Artykuł dyskusyjny*, „Polityka Społeczna”, nr 8
- Szukalski P., 2002, *Przepletywy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź
- Szukalski P., 2008, *Relacje międzypokoleniowe z demograficznego punktu widzenia w starzejącym się społeczeństwie polskim*, [w:] RRL, *sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007–2008*, ZWS DUS, Warszawa
- Szweda-Lewandowska Z., 2008, *Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Wyd. UŁ, Łódź
- Tobiasz-Adamczyk B., 1996, *Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 6 (16)
- Tysza Z., 2002, *Rodzina we współczesnym świecie*, Wyd. UAM, Poznań
- Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 roku*, 2008, ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: http://www.zus.pl/files/dane_2007.pdf, w dn. 8.01.2009 r., Warszawa
- Zakowska-Wachelko B., 2002, *Zadania i perspektywy gerontologii*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, Wyd. Śląsk, Katowice